



Ascension

[Date]

ເຖິງຄົນເຈັບ/ຜູ້ສະໝັກທີ່ຮັກແພງ,

Ascension ແມ່ນຂັບເຄື່ອນດ້ວຍຄວາມເມດຕາບານີ ແລະ ອຸທິດຕົນເພື່ອສະໜອງການເບິ່ງແຍງທີ່ເປັນສ່ວນຕົວສໍາລັບທຸກຄົນ – ໂດຍສະເພາະແມ່ນຜູ້ທີ່ຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອຫຼາຍທີ່ສຸດ. ມັນເປັນພາລະກິດ ແລະ ສິດທິພິເສດຂອງພວກເຮົາທີ່ຈະສະເໜີການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນແກ່ຄົນເຈັບຂອງພວກເຮົາ. ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນແມ່ນມີໄວ້ສໍາລັບການສຸກເສີນ ແລະ ການດູແລທີ່ຈໍາເປັນທາງການແພດເທົ່ານັ້ນ. ຂໍຂອບໃຈທ່ານທີ່ໄວ້ວາງໃຈໃຫ້ພວກເຮົາເບິ່ງແຍງທ່ານ ແລະ ຄອບຄົວຂອງທ່ານສໍາລັບທຸກໆຄວາມຕ້ອງການດ້ານສຸຂະພາບຂອງທ່ານ.

ພວກເຮົາໄດ້ສົ່ງໜັງສືສະບັບນີ້ ແລະ ໃບສະໝັກການຊ່ວຍເຫຼືອທາງການເງິນທີ່ຕິດຄັດມາເພາະວ່າພວກເຮົາໄດ້ຮັບການຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານບໍ່ໄດ້ຮ້ອງຂໍນີ້, ກະລຸນາຢ່າໃສ່ໃຈ. ກະລຸນາສໍາເລັດທັງສອງຂ້າງ, ລວມທັງລາຍເຊັນ ແລະ ວັນທີຂອງທ່ານກ່ອນທີ່ຈະສົ່ງມັນຄືນມາ. ຖ້າຫາກທ່ານໄດ້ຕື່ມໃບສະໝັກພາຍໃນຫົກເດືອນທີ່ຜ່ານມາ ແລະ ໄດ້ຮັບການອະນຸມັດການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນແລ້ວ, ກະລຸນາແຈ້ງໃຫ້ພວກເຮົາຊາບ – ທ່ານອາດບໍ່ຈໍາເປັນຕ້ອງຕື່ມໃບສະໝັກໃໝ່. ໜ້າເສຍດາຍ, ພວກເຮົາບໍ່ສາມາດອີງຕາມໃບສະໝັກກ່ອນໜ້ານີ້ທີ່ມີອາຍຸເກີນກວ່າຫົກເດືອນ.

ພ້ອມກັບໃບສະໝັກ, ທ່ານຈະຕ້ອງສະໜອງການຢັ້ງຢືນລາຍໄດ້ຂອງຄົວເຮືອນຂອງທ່ານ ແລະ ການຢັ້ງຢືນຊັບສິນທັງໝົດທີ່ເປັນເຈົ້າຂອງໂດຍສະມາຊິກຄົວເຮືອນຄົນໃດກໍຕາມ.

ຕົວຢ່າງຂອງຫັກຖານຢັ້ງຢືນລາຍໄດ້ ແລະ ຊັບສິນລວມມີ:

- ສໍາເນົາ 3 ໃບບິນຈ່າຍເງິນຫຼ້າສຸດຈາກການາຍຈ້າງ
- ສໍາເນົາໃບແຈ້ງພາສີປະຈໍາປີທີ່ຜ່ານມາ (ຖ້າເຮັດທຸລະກິດສ່ວນຕົວ, ໃຫ້ປະກອບຕາຕະລາງທັງໝົດ)
- ໜັງສືຢັ້ງຢືນປະກັນສັງຄົມ ແລະ/ຫຼື ບໍາເນັດບໍານານ
- ໃບເກັບພາສີປະຈໍາປີທີ່ຜ່ານມາຂອງພໍ່ແມ່ ຫຼື ຜູ້ປົກຄອງ, ຖ້າຜູ້ສະໝັກແມ່ນຜູ້ຍິງເພິ່ງພາອາໄສມີຊື່ໃນແບບຟອມເສຍພາສີຂອງພວກເຂົາ ແລະ ອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 25 ປີ
- ສໍາເນົາໃບຮັບເງິນການອຸດໜູນຫວ່າງງານ
- ການອະນຸມັດ/ການປະຕິເສດສິດໄດ້ຮັບ Medicaid ແລະ/ຫຼື ການຊ່ວຍເຫຼືອທາງການແພດທີ່ໄດ້ຮັບທຶນຈາກລັດ
- ເອກະສານຢັ້ງຢືນລາຍໄດ້ອື່ນໆທີ່ໃຊ້ໄດ້

ຕົວຢ່າງຂອງຫັກຖານຢັ້ງຢືນຊັບສິນ ລວມມີ:

- ໃບແຈ້ງຍອດເງິນຝາກທະນາຄານໃນປະຈຸບັນ (ບັນຊີກະແສລາຍວັນ ແລະ ບັນຊີເງິນຝາກປະຢັດ) ຈາກ 3 ເດືອນຫຼ້າສຸດ
- ການລົງທຶນ, ລວມທັງຮຸ້ນ ແລະ ພັນທະບັດ
- ກອງທຶນທີ່ໄວ້ວາງໃຈ
- ບັນຊີຕະຫຼາດເງິນ
- ກອງທຶນລວມ

I

ສຸດທ້າຍ,

ພວກເຮົາອາດຈະສາມາດພິຈາລະນາໃບບິນຄ່າປັ້ນປົວທີ່ຍັງຄ້າງຊ່າລະຂອງທ່ານເພື່ອໃຫ້ທ່ານມີຄຸນສົມບັດສໍາລັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນ. ຖ້າຫາກທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ພວກເຮົາພິຈາລະນາສິ່ງນີ້, ກະລຸນາສະໜອງເອກະສານກ່ຽວກັບຄ່າປັ້ນປົວ ແລະ ຄ່າຍາ/ຢາປະຈຳເດືອນທີ່ຍັງຄ້າງຊ່າລະຂອງທ່ານ, ເຊັ່ນ ໃບແຈ້ງໜີ້ໃນປະຈຸບັນ ຫຼື ໃບແຈ້ງຍອດບັນຊີ. **ກະລຸນາຮັບຊາບວ່າ 1) ໃບສະໝັກທີ່ຕົ້ມຂໍ້ມູນຄົບຖ້ວນ ພ້ອມກັບ 2) ຫຼັກຖານຢັ້ງຢືນລາຍໄດ້, 3) ຊັບສິນ, ແລະ 4) ໃບບິນຄ່າປັ້ນປົວທີ່ຍັງຄ້າງຊ່າລະ (ຖ້າມີ) ຈະຕ້ອງໄດ້ຮັບ ເພື່ອໃຫ້ໃບສະໝັກໄດ້ຮັບການພິຈາລະນາ. ພວກເຮົາບໍ່ສາມາດດໍາເນີນການ ຫຼື ພິຈາລະນາໃບສະໝັກທີ່ບໍ່ຄົບຖ້ວນ.**

ເມື່ອສິ່ງໃບສະໝັກຂອງທ່ານ, ກະລຸນາຈື່ໄວ້ວ່າການຕິດຕໍ່ສື່ສານຜ່ານທາງອີເມວຜ່ານອິນເຕີເນັດແມ່ນບໍ່ມີຄວາມປອດໄພ. ເຖິງແມ່ນວ່າມັນອາດຈະເກີດຂຶ້ນໄດ້ຍາກ, ແຕ່ກໍມີຄວາມເປັນໄປໄດ້ທີ່ຂໍ້ມູນທີ່ທ່ານລວມໄວ້ໃນອີເມວອາດຈະຖືກສະກັດກັ້ນ ແລະ ອ່ານໂດຍບຸກຄົນອື່ນ ນອກເໜືອຈາກບຸກຄົນທີ່ມັນຖືກສົ່ງເຖິງ. ພວກເຮົາຕ້ອງການປົກປ້ອງຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວຂອງທ່ານ ແລະ ຮັບປະກັນວ່າມັນມີຄວາມປອດໄພ. ເນື່ອງຈາກວ່າໃບຄໍາຮ້ອງປະກອບມີເລກປະກັນສັງຄົມຂອງທ່ານ ແລະ ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວອື່ນໆ, ພວກເຮົາຂໍຮ້ອງໃຫ້ທ່ານລະເວັ້ນຈາກການສົ່ງມັນທາງອີເມວ.

ກະລຸນາພິມ ແລະ ສົ່ງທາງໄປສະນີ, ອີເມວ ຫຼື ແຜ່ກ ໃບສະໝັກທີ່ຕົ້ມຂໍ້ມູນຄົບຖ້ວນຂອງທ່ານ ແລະ ເອກະສານປະກອບໄປຍັງບ່ອນດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

ສໍາລັບບັນຊີໂຮງໝໍ:
PO Box 47887
Wichita, KS 67201

ຝ່າຍບໍລິການລູກຄ້າ: 800-298-8347

ສໍາລັບບັນຊີກຸ່ມການແພດ:
PO Box 80278
Indianapolis IN 46240

ຝ່າຍບໍລິການລູກຄ້າ: 844-931-1162
ແຜ່ກ: 317-981-6312
ອີເມວ: ascensionfinancialcounselors@r1rcm.com

ພວກເຮົາຢູ່ນີ້ເພື່ອຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຕ້ອງການຮັບປະກັນວ່າຄົນເຈັບທີ່ມີຄຸນສົມບັດສໍາລັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນຈະໄດ້ຮັບມັນ. ຖ້າຫາກທ່ານມີຄໍາຖາມໃດໆ ກ່ຽວກັບໃບສະໝັກນີ້, ເອກະສານປະກອບທີ່ຈໍາເປັນ, ຫຼື ວິທີການສົ່ງໃບສະໝັກໃຫ້ພວກເຮົາທີ່ດີທີ່ສຸດ, ກະລຸນາໂທຫາຕົວແທນຄົນເຈັບຂອງພວກເຮົາຄົນໃດຄົນໜຶ່ງທີ່ລະບຸໄວ້ຂ້າງເທິງ.

ດ້ວຍຄວາມຈິງໃຈ,

ການບໍລິການດ້ານການເງິນຂອງຄົນເຈັບ
Ascension

ແບບຟອມສະໜັກຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານ

ການເງິນ



Ascension

ຂໍ້ມູນຂອງຄົນເຈັບ

(ກະລຸນາພິມ ແລະ ທຸກໜ້າແມ່ນໃຫ້ຂຽນສໍາເລັດ. ລະບຸ N/A ຖ້າບໍ່ສາມາດນໍາໃຊ້ເທິງລາຍແຖວໃນໃບສະໜັກ.)

ວັນທີ _____ ເລກບັນຊີ _____

ຊື່ (ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນ) _____

ວັນເດືອນປີເກີດ _____ ສະຖານະພາບການສົມລົດ _____ ເປີໂທລະສັບ _____

ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ _____ ເມືອງ _____ ລັດ _____ ລະຫັດໄປສະນີ _____

ເລກປະກັນສັງຄົມ (ເລືອກໄດ້) _____

ນາຍຈ້າງ _____ ສະຖານະການຈ້າງງານ _____

ຈໍານວນຊົ່ວໂມງເຮັດວຽກຕໍ່ອາທິດ _____ ເປີໂທລະສັບນາຍຈ້າງ _____

ຂໍ້ມູນຂອງພາກສ່ວນທີ່ຮັບຜິດຊອບ/ຂໍ້ມູນຂອງຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍ

(ຖ້າວ່າຄົນເຈັບຂ້າງເທິງແມ່ນຄົນກັບພາກສ່ວນທີ່ຮັບຜິດຊອບ, ໃຫ້ປະໜອງສ່ວນນີ້ໄດ້.)

ຊື່ (ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນ) _____

ວັນເດືອນປີເກີດ _____ ສະຖານະພາບການສົມລົດ _____ ເປີໂທລະສັບ _____

ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ _____ ເມືອງ _____ ລັດ _____ ລະຫັດໄປສະນີ _____

ເລກປະກັນສັງຄົມ (ເລືອກໄດ້) _____

ນາຍຈ້າງ _____ ສະຖານະການຈ້າງງານ _____

ຈໍານວນຊົ່ວໂມງເຮັດວຽກຕໍ່ອາທິດ _____ ເປີໂທລະສັບນາຍຈ້າງ _____

ຂໍ້ມູນຜົວ/ເມຍພາກສ່ວນຮັບຜິດຊອບ

(ຖ້າວ່າຄົນເຈັບແມ່ນຜູ້ດຽວກັນກັບພາກສ່ວນທີ່ຮັບຜິດຊອບ, ໃຫ້ຕື່ມຂໍ້ມູນຄູ່ສົມລົດສໍາລັບຄົນເຈັບ.)

ຊື່ (ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນ) _____

ວັນເດືອນປີເກີດ _____ ສະຖານະພາບການສົມລົດ _____ ເປີໂທລະສັບ _____

ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ _____ ເມືອງ _____ ລັດ _____ ລະຫັດໄປສະນີ _____

ເລກປະກັນສັງຄົມ (ເລືອກໄດ້) _____

ນາຍຈ້າງ _____ ສະຖານະການຈ້າງງານ _____

ຈໍານວນຊົ່ວໂມງເຮັດວຽກຕໍ່ອາທິດ _____ ເປີໂທລະສັບນາຍຈ້າງ _____

ຜູ້ທີ່ຂຶ້ນກັບຂອງພາກສ່ວນຮັບຜິດຊອບ

(ຖ້າວ່າຄົນເຈັບແມ່ນຜູ້ດຽວກັນກັບພາກສ່ວນທີ່ຮັບຜິດຊອບ, ໃຫ້ຕື່ມຂໍ້ມູນຄູ່ສົມລົດສໍາລັບຄົນເຈັບ.)

ຊື່ _____ ວັນເດືອນປີເກີດ _____ ຄວາມສໍາພັນກັບຝ່າຍທີ່ຮັບຜິດຊອບ _____

ຊື່ _____ ວັນເດືອນປີເກີດ _____ ຄວາມສໍາພັນກັບຝ່າຍທີ່ຮັບຜິດຊອບ _____

ຊື່ _____ ວັນເດືອນປີເກີດ _____ ຄວາມສໍາພັນກັບຝ່າຍທີ່ຮັບຜິດຊອບ _____

ຊື່ _____ ວັນເດືອນປີເກີດ _____ ຄວາມສໍາພັນກັບຝ່າຍທີ່ຮັບຜິດຊອບ _____

ຈໍານວນຜູ້ໃຫຍ່ ແລະ ເດັກນ້ອຍທີ່ອາໄສຢູ່ໃນຄົວເຮືອນ _____

ລາຍໄດ້ປະຈຳເດືອນ

(ຕື່ມຈຳນວນເງິນໃດລາສຳລັບແຕ່ລະລາຍການທີ່ລະບຸໄວ້ຂ້າງລຸ່ມນີ້ ສະໜອງຈຳນວນເງິນຕໍ່ເດືອນສຳລັບແຕ່ລະອັນ.)

ລາຍໄດ້ຈາກການເຮັດວຽກຂອງຜູ້ສະໝັກ _____
ລາຍໄດ້ຂອງຄູ່ສົມລົດຜູ້ສະໝັກ _____
ຜົນປະໂຫຍດປະກັນສັງຄົມ _____
ລາຍໄດ້ເງິນບ່ານານ/ການກະສຽນອາຍ _____
ລາຍໄດ້ຈາກຄວາມທຸເພິນລະພາບ _____
ຄ່າຊົດເຊີຍການວ່າງງານ _____
ຄ່າຊົດເຊີຍ ຄົນງານ _____
ລາຍໄດ້ດອກເບ້ຍ/ເງິນປັ້ນຜົນ _____

ເງິນຄ່າລ້ຽງດູເດັກນ້ອຍທີ່ໄດ້ຮັບ _____
ເງິນຄ່າລ້ຽງດູຄູ່ສົມລົດທີ່ໄດ້ຮັບ _____
ລາຍໄດ້ຈາກອະສັງຫາລິມະຊັບໃຫ້ເຊົ່າ _____
ສະເດັດອາຫານ _____
ເງິນປັ້ນຜົນຈາກກອງທຶນທີ່ໄວ້ວາງໃຈທີ່ໄດ້ຮັບ _____
ລາຍໄດ້ອື່ນໆ _____
ລາຍໄດ້ອື່ນໆ _____
ຜົນລວມ ລາຍໄດ້ລວມປະຈຳເດືອນ \$ _____

ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການດຳລົງຊີວິດປະຈຳເດືອນ

ຄ່າຜ່ອນເຮືອນ/ຄ່າເຊົ່າ _____
ຄ່າສາທາລະນະປະໂພກ _____
ໂທລະສັບ (ໂທລະສັບຕັ້ງໃຕະ) _____
ໂທລະສັບມືຖື _____
ເຄື່ອງອຸປະໂພກບໍລິໂພກ/ອາຫານ _____
ເຄເບັ້ນ/ອິນເຕີເນັດ/ໂທລະພາບດາວທຽມ _____
ຄ່າຜ່ອນລົດ _____
ຄ່າລ້ຽງດູເດັກ _____

ເງິນຄ່າລ້ຽງດູເດັກ/ຄ່າລ້ຽງດູຄູ່ສົມລົດ _____
ບັດເຄຣດິດ _____
ໃບບິນຄ່າໝໍ/ໂຮງໝໍ _____
ປະກັນໄພລົດ _____
ປະກັນໄພເຮືອນ/ຊັບສິນ _____
ປະກັນໄພທາງການແພດ/ສຸຂະພາບ _____
ປະກັນໄພຊີວິດ _____
ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍປະຈຳເດືອນອື່ນໆ _____
ຜົນລວມຄ່າໃຊ້ຈ່າຍປະຈຳເດືອນ \$ _____

ຊັບສິນ

ເງິນສົດ/ເງິນຝາກປະຢັດ/ບັນຊີກະແສລາຍວັນ _____
ຮຸ້ນ/ຜົນທະບັດ/ການລົງທຶນ/CD(s) _____
ອະສັງຫາລິມະຊັບອື່ນໆ/ທີ່ພັກອາໄສສ່ຳຮອງ _____
ເຮືອ/RV/ລົດຈັກ/ພາຫະນະເພື່ອການສັນທະນາການ _____
ລົດສະສົມ/ລົດທີ່ບໍ່ຈຳເປັນ _____
ຊັບສິນອື່ນໆ _____

ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຢັ້ງຢືນວ່າຂໍ້ມູນຂ້າງເທິງນີ້ແມ່ນຄວາມຈິງ ແລະ ຄົບຖ້ວນຕາມຄວາມຮູ້ທີ່ດີທີ່ສຸດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.

ຂ້າພະເຈົ້າຂໍໃຫ້ສິດກັບໂຮງໝໍຮັບເອົາຂໍ້ມູນຈາກອົງການລາຍງານສິນເຊື້ອພາຍນອກໄດ້ຖ້າທາງໂຮງໝໍເຫັນວ່າມີຄວາມຈຳເປັນ.

ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ສະໝັກ _____

ວັນທີ _____

ຄວາມຄິດເຫັນ